

# Colecistectomía laparoscópica en régimen de cirugía de corta estancia e infección de herida quirúrgica. Papel de la atención primaria

López Pérez A<sup>1</sup>, Mateo Cerdán C<sup>1</sup>, Cortiñas Sáenz M<sup>1</sup>, Tárraga López PJ<sup>2</sup>, García Blasco O<sup>1</sup>, Martínez González E<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Complejo hospitalario Universitario. Albacete

<sup>2</sup>Centro de Salud V-A de Albacete

La colecistitis aguda es una de las patologías más comunes entre los casos de abdomen agudo quirúrgico. En general, las infecciones de origen biliar se observan cada vez con una frecuencia más elevada debido a diversos motivos. En primer lugar, a que la presencia de colelitiasis en los países occidentales (cerca de 10%) se está viendo incrementada por la inmigración desde zonas con prevalencias de hasta 20% (países sudamericanos y asiáticos); además, en este momento estamos asistiendo a un importante incremento de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas invasivas sobre la vía biliar. Por otra parte, es una entidad con un riesgo considerable de poder desarrollar complicaciones graves. Alrededor de 80% de las infecciones biliares son polimicrobianas y pueden poner en riesgo la vida del paciente debido a su facilidad para producir bacteriemia.

Todo ello hace que ésta sea, por tanto, una patología importante y prevalente en nuestro medio, por lo que todo profesional médico debe considerarse responsable de entender su fisiopatología, clínica, factores predisponentes, pronósticos y complicaciones con todas sus amplias variantes y pequeños matices que al fin y al cabo constituye cada paciente, y de este modo estar capacitado para adoptar la mejor actitud diagnóstica y terapéutica a favor de obtener los mejores resultados, es decir, una mejor calidad asistencial.

La infección de herida quirúrgica (IHQ) es la segunda infección nosocomial en cuanto a prevalencia.

Actualmente se considera un problema de salud pública<sup>1</sup>. Por ello, se valora como uno de los principales parámetros de evaluación de la calidad de las unidades quirúrgicas. Tradicionalmente, su estimación se basa en el seguimiento postoperatorio del paciente durante su ingreso hospitalario. El cada vez más frecuente cambio de los regímenes quirúrgicos, con la aplicación de accesos mínimamente invasivos, como la cirugía laparoscópica, y la aparición de nuevas drogas anestésicas, conlleva al acortamiento de la estancia hospitalaria, por lo que la vigilancia posthospitalaria de la IHQ adquiere una mayor importancia en la estimación de su frecuencia.

En este sentido, la colecistectomía laparoscópica (CL) es sin duda un buen ejemplo de la realidad actual de las técnicas mínimamente invasivas; se ha convertido en el "patrón oro" en la cirugía litiasis sintomática y constituye un representante ideal por el que valorar la repercusión que la disminución de la estancia hospitalaria tiene sobre la detección de la IHQ.

Se han venido utilizando distintos métodos de vigilancia de IHQ tras el alta, pero actualmente no existe consenso sobre qué métodos son más sensibles, específicos y prácticos. Sin lugar a dudas tiene un importante papel el seguimiento por parte de la atención primaria (AP) de estas intervenciones, que en la mayoría de los casos pasan a las pocas horas a su domicilio y es este nivel asistencial donde se detectará y casi siempre resolverá la IHQ.

## OBJETIVOS

- Presentar los resultados en la incidencia de IHQ en CL en régimen de corta estancia (CCE) en el periodo de 1998-2005.
- Revisar la literatura médica actual para las diferentes estrategias de vigilancia de la IHQ tras el alta hospitalaria.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo entre los años 1998 a 2005, ambos inclusive, en un hospital público de tercer nivel. Nuestra Unidad de Cirugía mayor ambulatoria y de CCE corresponde a las denominadas de tipo II: comparte recursos con uno de los hospitales del Complejo Hospitalario, pero dispone de los elementos del bloque quirúrgico de la unidad a tiempo completo.

Se realizó un seguimiento de las visitas al Servicio de Urgencias de los pacientes sometidos a CL en régimen de CCE, mediante el programa "HP Doctor". Se contabilizaron los episodios de IHQ y el día del diagnóstico del cuadro. Se definió la IHQ según los criterios del CDC<sup>2</sup>.

Todos los pacientes recibieron prequirófano, profilaxis antibiótica con cefalosporinas de segunda generación, antiemética con 4 mg de ondansetrón y antitrombótica según peso del paciente. La primera fase del control postoperatorio se realizó en la Unidad de Recuperación Postanestésica y posteriormente en las salas de readaptación al medio. Tras cumplir los criterios generales de alta se trasladaron a su domicilio. Existen en la unidad protocolos para la profilaxis antibiótica, analgesia postoperatoria y de enfermedad tromboembólica, y de profilaxis de vómitos y náuseas postoperatorias.

En las primeras 24 horas se estableció contacto telefónico con ellos para conocer su evolución.

## RESULTADOS

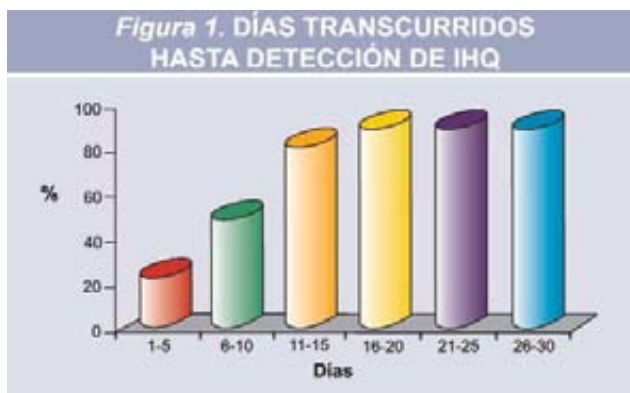
La cohorte de estudio asciende a 944 pacientes. El 88,5% (836 pacientes) presentaba como valoración

preoperatorio un ASA inferior a 3; además, 89 pacientes fueron catalogados con ASA 3 y el resto se englobaron en la categoría de ASA 4. La edad media de la cohorte fue de 56,32 +/- 23,41 años. Todos los pacientes recibieron anestesia general balanceada o intravenosa.

La estancia media fue de 2,9 días, con un rango de 1 a 116 días. El índice de reconversión a colecistectomía abierta fue de 11%.

La mortalidad fue de tres casos (0,31%), un caso atribuido a depresión respiratoria en el postoperatorio, otro a tromboembolismo pulmonar y otro a causas técnicas atribuibles a la cirugía.

Se dieron 31 casos de IHQ, que constituye una incidencia acumulada de 3,28% con una probabilidad de detectar la IHQ de 100% a los 16 días de la intervención quirúrgica (*figura 1*).



## COMENTARIO

La incorporación de las técnicas laparoscópicas ha provocado un cambio extraordinario en el ámbito de la cirugía, en especial en el procedimiento de la colecistectomía, donde se ha convertido en el "patrón oro" con un tiempo de hospitalización de 1-2 días (régimen de CCE), y está desembocando en el planteamiento de la ambulatorización de dicho procedimiento.

Entre sus ventajas destacan el breve curso del postoperatorio (en que no se presentan anomalías de importancia), el menor requerimiento de analgesia

postoperatoria y el pronto regreso del paciente a su actividad cotidiana. Entre los inconvenientes se encuentran la dificultad para una adecuada estandarización de los criterios de selección de los pacientes subsidiarios de esta técnica<sup>3</sup>.

Hasta la fecha los sistemas de vigilancia de la IHQ más frecuentemente utilizados se basan en el seguimiento del paciente durante su ingreso hospitalario, limitado por la duración de dicha estancia hospitalaria. Estudios controlados estimaron en más de 70% la proporción de complicaciones detectadas después del alta hospitalaria en cirugía de corta estancia<sup>4</sup>.

Vázquez<sup>5</sup>, sobre 2.794 pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, obtiene una IA global de IHQ de 7,70% durante su estancia en el hospital; en el caso de la CL obtuvo una IA que disminuye desde un 3,57% durante el primer año a un 0% durante el último. Se aplicó el mismo sistema de vigilancia en los diferentes años del estudio. La disminución drástica de la estancia hospitalaria puede explicar la ausencia de IHQ, hecho aparentemente irreal. En nuestro estudio la detección del 100% de los episodios de IHQ ocurre a los 16 días de la intervención; aparecen de forma paulatina en el domicilio del paciente, que a su vez concuerda con los resultados en otras series<sup>6</sup>.

A la vista de estos resultados, ¿es real esa disminución en la frecuencia de IHQ, teniendo en cuenta que la media de tiempo necesaria para detectar la IHQ es superior a la estancia media? Parece que un programa de vigilancia de infección hospitalaria tradicional, limitada al paciente ingresado, no es el más adecuado; es imprescindible implicar a la AP en estos procesos quirúrgicos, pues obviamente es en este nivel donde se detectarán y en muchos casos resolverán estas IHQ.

Así pues, el creciente viraje de la cirugía moderna conlleva el acortamiento de la hospitalización postoperatoria, lo que implica mayor dificultad en la medición de la frecuencia de IHQ basada en los sistemas tradicionales. Law et al<sup>7</sup> informan de una asociación inversa entre duración de estancia hos-

pitalaria y proporción de IHQ detectada tras el alta.

La literatura es controvertida en cuanto a qué sistemas de vigilancia de la IHQ tras el alta utilizar. Hay que partir de la base de que no todos los casos de IHQ implicarán reingreso hospitalario, por lo que el ámbito de vigilancia no puede restringirse al hospital sino que hay que involucrar a otros niveles de atención sanitaria, principalmente la AP. Sands et al<sup>8</sup> comunicaron sobre 132 IHQ que un 63% fueron tratadas fuera del hospital.

Se han utilizado diversos métodos tales como visitas de seguimiento a las consultas de cirugía, cuestionarios telefónicos o postales a pacientes y/o cirujanos, registro de las visitas a los servicios de urgencias, registros de farmacia de prescripciones antimicrobianas específicas<sup>4</sup>...

Martínez Alfaro et al<sup>3</sup> concluyen que el control tras el alta detecta un tercio de IHQ; la encuesta telefónica durante el primer mes del postoperatorio es un método efectivo.

Por su parte, Fanning et al<sup>9</sup> analizaron cuestionarios remitidos a 350 pacientes que arrojaron 11% de IHQ. Concluyeron que el método más idóneo es el seguimiento por parte de los cirujanos. Con relación a esto, Delgado et al<sup>10</sup> afirman en su estudio que dos visitas a la semana para el seguimiento de la infección nosocomial posee una sensibilidad superior que una sola visita en la detección de la IHQ.

## CONCLUSIONES

- Para que la IHQ continúe siendo un parámetro preciso de valoración de la calidad quirúrgica, es necesario encontrar fórmulas que analicen el impacto que una menor estancia hospitalaria conlleva sobre la estimación de la frecuencia de la IHQ. Esta circunstancia hace necesario no limitarse al seguimiento del paciente sólo durante su ingreso.
- Deben darse a la AP las herramientas para la detección y en su caso manejo de la IHQ e implicar a este nivel en los nuevos procesos de cirugía mayor ambulatoria.

- Los resultados de estudios sobre métodos de vigilancia de la IHQ tras el alta no permiten recomendar un único método de elección.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gálvez Vargas R, Delgado Rodríguez M, Guillén Solvas JF. Concepto, importancia y futuro de la infección hospitalaria. En: Gálvez Vargas R, Delgado Rodríguez M, Guillén Solvas JF (Eds). Infección hospitalaria. Granada: Universidad de Granada, 1993;2-15.
2. Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections. *Am J Infect Control* 1988; 16:128-40.
3. Martínez Ramos C, Sanz López R, Cabezón Gil P, Cerdán Carbonero MT. Ambulatorización de la colecistectomía laparoscópica. *Cir May Amb* 2004;9:13-8.
4. Ehrenkranz NJ. Surgical wound infection occurrence in clean operations. Risk stratifications for interhospital comparisons. *Am J Med* 1981;70:909-14.
5. Vázquez Aragón P. Infección nosocomial en un servicio de cirugía general y factores de riesgo relacionados. Tesis, 62-66;105-108.
6. Martínez Alfaro E, Solera J, Sáez I, Castillejos ML, Serna E, Cuenca D, Herruzo R, Del Rey Calero J. Estimation of surgical wound infection rates using a post-hospital surveillance program. *Med Clin (Barc)* 1997; 109:284-8.
7. Law DIW, Mishriki SF, Jeffrey PJ. The importance of surveillance after discharge from hospital in the diagnosis of postoperative wound infection. *Ann R Coll Surg Engl* 1990; 72:207-9.
8. Sands K, Vineyard G, Platt R. Surgical site infections occurring after hospital discharge. *J Infect Dis* 1996; 173:963-70.
9. Fanning C, Johnston BL, MacDonal S, LeFort-Jost S, Dockerty E. Postdischarge surgical site infection surveillance. *Can J Infect Control* 1995;10:75-9.
10. Delgado Rodríguez M, Gómez Ortega A, Sierra A, Dierssen T, Llorca J, Sillero-Arenas M. The effect of frequency of chart review on the sensitivity of nosocomial infection surveillance in general surgery. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999; 20:208-12.